

Nr albumu
studia stacjonarne / zaoczne
Kierunek.....

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym studenta

Imię i Nazwisko

Nazwisko rodowe Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL..... Seria i numer dowodu osobistego

Stopień niepełnosprawności Obywatelstwo.....

Data powstania obowiązku ubezpieczenia

Dane o oddziale NFZ

Adres stałego zameldowania.....

(województwo, powiat, gmina)

.....
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Adres zamieszkania

(województwo, powiat, gmina)

.....
(kod i miejscowość) (ulica, nr domu i lokalu)

Telefon kontaktowy

Oświadczenie

*Pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk za udzielanie nieprawdziwych informacji, odpowiedzialności na podstawie art. 286 kk, oświadczam że:**

nie ukończyłem(-am) 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:

- rodzice przebywają poza granicami kraju i nie są oddelegowani tam do pracy ;
- rodzice są bezrobotni i nie są zarejestrowani w urzędzie pracy;
- nie mam przyznanej renty rodzinnej i alimentów;
- nie mam dziadków, którzy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu (pobierają emeryturę, rentę lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę);
- nie mam opiekunów ustanowionych sądownie;
- nie mam rodziny zastępczej

ukończyłem(-am) 26 lat i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego innego tytułu, a w szczególności:

- nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej;
- nie jestem zatrudniony/a na podstawie umowy zlecenia;
- nie posiadam współmałżonka, który podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu (jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenie, prowadzi działalność gospodarczą);
- nie jestem zarejestrowany/a w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna;
- nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego mojej osoby powiadomię Uczelnię o tym fakcie pisemnie w terminie do 7 dni od daty jego powstania.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Potwierdzenie właściwego dziekanatu:

* zaznaczyć właściwie

Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 286. § 1. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.